STANFORD UNIVERSITY
MAR
8
1938
LIBRARY

Aus der Universitätsfrauenklinik Heidelberg
Direktor: Professor Dr. Runge

Lane Medical Library

Zur Klinik und Histologie des lymphozystischen Uterusfibroms.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Rupprecht-Karl-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von
Karl Georg Doerr
aus Ludwigshafen am Rhein
1937

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät Heidelberg.

Dekan:
Prof. Dr. Runge

Referent:
Dozent Dr. Kleine

Das lymphozystische Fibrom des Uterus wurde im Jahre 1925 zum ersten Male von Robert Meyer beschrieben (Archiv Gynäkol. 126, 609). Im Ganzen hat Robert Meyer sieben Fälle veröffentlicht (Handbuch der Gynäkologie, Hrsg. von Stoeckel). Bis heute sind 15 Fälle bekannt, die wir als lymphozystisches Fibrom bezeichnen dürfen.

Sie sollen im Folgenden kurz referiert werden:

Fall 1 (Robert Meyer)

Patientin 40 Jahre alt, Mehrgebärende, nach Placenta praevia starke Blutungen; der sechs Monate schwangere Uterus wurde exstirpiert. In der Hinterwand des Uterus sitzt ein eigroßer cystischer Sack. Die Innenwand des Tumors ist glatt, von unten her buckeln sich viele breitbasige, dünnwandig blasige Cysten, die den ganzen Hohlraum ausfüllen, seröse Flüssigkeit ist nicht vorhanden. Die Patientin befindet sich nach 3 Jahren vollauf gesund. Der Verlauf ist also gutartig.

Fall 2 (Robert Meyer)

Patientin 44 Jahre alt, herzfehlerkranke Frau, Mehrgebärende, wurde wegen Blutung aus dem „myomatösen" Uterus röntgenkastriert. Uterus mußte aber später wegen schwerer Blutung und übler Begleiterscheinungen exstirpiert werden.

Apfelsinengroßer Tumor von der Vorderwand des Fundus in die Uterushöhle polypös hineinragend. Der Tumor ist scharf abgegrenzt, glatte Innenwand, die Höhle ist mit trübem Serum ausgefüllt. Kleinere Cysten sind in großer Zahl noch vorhanden. Dieser Fall ist ebenso wie der vorherige als gutartig anzusehen, über den späteren Verlauf und das Befinden der Patientin wird allerdings nichts angegeben.

Fall 3 (Robert Meyer)

Patientin 44 Jahre alt, an der linken Seite der Hinterwand des Uterus eine intramurale Cyste. In der Cyste selbst sind dünne Zwischenwände vorhanden. Eine Erwähnung einer etwa vorhandenen Flüssigkeit wird nicht gemacht, auch keine Angabe über den weiteren Verlauf.

Fall 4 (Robert Meyer)

Patientin 30 Jahre alt, stark blutend, in der linken Seite der Hinterwand des Uterus befindet sich ein „golfkugelgroßer" Tumor. Die kirschgroße Höhle wird durch breitbasige Knollen ausgefüllt. Die Innenwand der Höhle ist von einer glatten Membran umgeben. Besonderheiten werden in diesem Falle nicht angegeben, auch keine Mitteilung über den weiteren Verlauf.

Fall 5 (Robert Meyer)

Patientin 69 Jahre alt. Der Fundus uteri wird durch einen faustgroßen Tumor überragt. In die große Höhle des Tumors ragen große breitbasige Höcker hinein. Die Höhle enthält eine hellgrünliche seröse Flüssigkeit. Ueber den weiteren Verlauf ist nichts bekannt.

Fall 6 (Robert Meyer)

Patientin 46 Jahre alt. In der Vorderwand des Uterus befindet sich ein apfelgroßer Tumor, dieser ist scharf abgegrent und von einer dünnen Schleimhaut überzogen. Die Höhle des Tumors wird zum großen Teil durch viele bucklige Höcker ausgefüllt. Weiterer Verlauf nicht bekannt.

Fall 7 (Robert Meyer-Reuter)

Patientin 28 Jahre alt, faustdicke Cyste sitzt an der Vorderwand des Uterus. Die Cystenwand ist von der Muskulatur deutlich abgesetzt und zeigt innen zahlreiche Knollengebilde. Keine Angaben über vorhandene Cystenflüssigkeit. Der weitere Verlauf ist nicht bekannt.

Fall 8 (Kaufmann, Zbl. Gyn. 1931, 11a)

Patientin 52 Jahre alt, die seit mehreren Jahren Metrorrhagien hat. Der mandarinengroße Tumor sitzt in der Vorderwand. Die Innenseite ist durch balkenartige Gebilde ausgefüllt. Der Tumor enthält einen rötlichen Inhalt. Die Cystenwand ist an allen Stellen gegen die Muskulatur scharf abgegrenzt. Die Innenwand des Tumors ist glatt. Der weitere Verlauf ist nicht angegeben.

Fall 9 (Kaufmann, Zbl. Gyn. 1931, 11a)

Patientin 45 Jahre alt, kein Partus, kein Abortus, seit 1½ Monaten Metrorrhagien. Vor 15 Jahren Laparotomie wegen Tubargravidität. „In der Uteruswand" ein mannskopfgroßer cystischer Tumor. Innenwand glatt. Balken springen in die Höhle vor. Die Abgrenzung gegen die Muskulatur des Uterus ist scharf. Ueber den weiteren Verlauf ist nichts bekannt. Keine Angaben über Flüssigkeit, die bei anderen Fällen in derartigen Höhlen vorhanden war.

Fall 10 (Motiloff, Arch. Gyn. 148, 1932)

Patientin 56 Jahre alt, 4 Geburten, nie ernstlich krank gewesen. Seit 8 Jahren Menopause. Im Fundus ein gänseeigroßer Tumor, der eine unregelmäßige Höhle besitzt, die durch vorgebuchtete Knollen unterbrochen ist. Keine Angaben über vorhandene Flüssigkeit.

Fall 11 (Brenner, Zbl. Gyn. 1934, 2)

Patientin 34 Jahre alt, ledig, seit ca. 3 Monaten Metrorrhagien. In der Hinterwand des Uterus ein kindskopfgroßer Tumor, der durch mehrere Scheidewände getrennt ist. Der Tumor enthält über ein Liter ungerinnbares, dunkelrotes Blut. Einzelne kleine Cysten enthalten eine klare seröse Flüssigkeit. Der Verlauf der Heilung ist gut. Auffallend ist die Füllung der Hauptcyste mit Blut. Die Erklärung findet sich in der Ruptur eines größeren Gefäßes. Die Patientin befand sich nach einigen Monaten noch völlig gesund. Weitere Nachricht über den Verlauf ist nicht vorhanden.

Fall 12 (Muschik, Zbl. Gyn. 1933, 40)

Patientin 41 Jahre alt, seit 3 Monaten Menorrhagien. In der Vorderwand des Uterus ein mannskopfgroßer Tumor. Die Innenseite desselben ist glatt und mit einer klaren serösen Flüssigkeit angefüllt. Durch 2 dünne Membranen ist die Cyste in 2 weitere Kammern geteilt. Nach kurzer Beobachtungszeit kein bösartiger weiterer Verlauf festgestellt.

Fall 13 (Muschik)

Patientin 44 Jahre alt, normale Regel. Seit Jahren Unterleibsschmerzen. In der Hinterwand des Uterus ein mannsfaustgroßer Tumor vorhanden, der durch ein dünnes Segel in 2 Kammern geteilt ist. Der Inhalt der Cyste ist rötlich gelb gefärbt und klar serös. Die Höhle ist glatt ausgekleidet. Kennzeichen für Malignität sind nicht vorhanden.

Fall 14 (Pahl-Finger, Zeitschr. Geb. u. Gyn. 107, 1934)

Patientin 28 Jahre alt, Periode regelmäßig. In der Vorderwand des Uterus sitzt ein eigroßer Tumor, der eine gelbliche Flüssigkeit enthält. Die Innenwand zeigt knopfartige Buckel.

Fall 15 (Pahl ibid.)

Patientin 42 Jahre alt, eine Geburt, Periode regelmäßig. In der Vorderwand des Uterus ein eigroßer Tumor, innen durch Balken und Buckel ausgekleidet. Ein ganzes „Getürm" dieser Balken ist vorhanden. Der weitere Verlauf ist nicht bekannt.

Wir sind in der Lage aus der Heidelberger Frauenklinik einen weiteren Fall mitzuteilen, den wir in die Reihe der lymphocystischen Fibrome einreihen können.

Krankengeschichte:

Es handelt sich um eine 49-jährige Patientin, Menarche mit 16 Jahren, Menses früher immer schmerzhaft, regelmäßig $\frac{4 \text{ Wochen}}{2 \text{ Tage}}$. Die Patientin ist nie ernstlich krank gewesen. Sie

hat vor vielen Jahren eine Geburt durchgemacht. Seit März 1933 befindet sich die Patientin in der Menopause. Patientin kommt in die Klinik, da sie eine Geschwulst im Leib bemerkt. Außer Druckgefühl bestehen keine Beschwerden. Der Leibesumfang hat deutlich zugenommen, der Appetit ist gut. Es besteht kein Ausfluß, keine Gewichtsabnahme. Patientin klagt über fliegende Hitze und anfallweises Herzklopfen.

Allgemeinbefund

normal große Frau in gutem EZ und KZ. Knochenbau o. B. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Leichte Cyanose. Schuppendes Ekzem am rechten Knie und linken Unterarm. Herz und Lunge ohne Befund. Temperatur normal. Abdomen: stark gespannt, besonders auf der linken Seite. Hier tastet man einen großen sich aus dem Becken entwickelnden Tumor. Oberfläche glatt. Leber, Milz nicht palpabel. Leichtes Oedem der Unterschenkel. Gelenke frei beweglich.

Genitalbefund: Portio etwas gestaut, hinter der Führungslinie, dahinter liegt ein Tumor, der fast den ganzen Bauch ausfüllt. Es ist nicht möglich festzustellen, wo der Uterus liegt.

Operationsbefund:

Eröffnung der Bauchhöhle mittels Längsschnitt. Der ganze Bauchraum ist eingenommen von einem kindskopfgroßen glattwandigen cystischen Tumor, dessen Natur zunächst nicht feststellbar ist. Der Tumor geht kontinuierlich in den Uturus über. Die Punktion dieses Tumors ergibt 3 Liter gelblich klare seröse Flüssigkeit. Es werden außer dem Uterus die linken Adnexe und die rechte Tube entfernt. Tumormetastasen können nirgends festgestellt werden. Parametranes Gewebe nirgends infiltriert. Die Patientin konnte nach 16 Tagen mit gut verheilter Wuude und beschwerdefrei entlassen werden. Eine Nachuntersuchung am 8. 2. 34 ergab wiederum keinen krankhaften Befund. Die Patientin befand sich in bestem Gesundkeitszustand und hatte an Gewicht zugenommen. Auch heute, d. h. 2 Jahre und 4 Monate nach der Operation befindet sich die Patientin in gutem Zustande.

Makroskopische Beschreibung des Tumors:

Kindskopfgroßer Tumor mit großem cystischem Hohlraum, der keine Verbindung mit dem Uteruscavum hat.

Länge des Tumors 17 cm, Breite 10 cm. Die Höhle war mit einer klaren. gelblichen Flüssigkeit, serös, ausgefüllt. (3 Liter). Die Wand der Höhle ist glatt, ohne eine Erhebung oder Vorwölbung, wie das in anderen Fällen schon geschildert wurde. Auch stellt der Hohlraum eine einzige Höhle dar, die nicht durch Zwischenwände getrennt ist.

Mikroskopischer Befund:

Vor allem muß betont werden, daß der Tumor scharf gegen die Uterusmuskulatur abgegrenzt ist. Der große Cystenraum ist mit Endothel ausgekleidet. Die Wand des Tumors besteht aus Bindegewebe, dessen Fasergehalt wechselt. Die Anordnung der Bindegewebszüge ist unregelmäßig. Bei stärkerer Vergrößerung erscheinen die Bindegewebskerne zum Teil normal, zum Teil auch atypiseh, das heißt umgewandelt zu mehrkernigen Riesenzellbildungen, oder zu einzelnen stark vergrößerten Riesenkernen, die deutliche pyknotische Erscheinungen aufweisen. Stellenweise stehen die Kerne äußerst dicht. In diesem bindegewebigen Stroma finden sich überall zahlreiche dilatierte mit Endothel ausgekleidete Hohlräume, die kein Blut enthalten und als Lymphgefäße angesprochen werden müssen. Teilweise konfluieren solche dilatierten Lymphgefäße infolge der dünnen Zwischenwände. Hierdurch entstehen dann größere Hohlräume.

Die Blutgefäße innerhalb des Tumors sind auffallend verdickt. Bisweilen sind die hyalinisierten Gefäßwände derartig verdickt, daß die Lumina fast obliteriert sind.

Zusammenfassung der charakteristischen histologischen Merkmale des lymphocystischen Uterusfibroms:

1. Die dichtzellige Bindegewebswucherung mit Bildung von Riesenzellen und Riesenkernen, wodurch gewisse Sarkomähnlichkeit entsteht. Nirgends findet sich jedoch ein infiltratives Wachstum.

2. Die ausgedehnten Lymphgefäßwucherungen mit Dilatation und Cystenhildung infolge Confluenz.

3. Die auffallenden Gefäßwandhyalinosen.

Das hier beschriebene mikroskopische Bild stimmt in allen Punkten mit den früher in der Literatur veröffentlichten Befunden überein. Wie ist es nun mit dem makroskopischen Bild? Die früher beschriebenen Fälle ergeben abwechselnd große und kleine Tumoren, die Hohlräume derselben enthalten nur zum Teil eine seröse Flüssigkeit. Die Größe der Tumoren schwankt zwischen Ei- und Mannskopfgröße. Bisweilen sind die oft kleinen Hohlräume durch Ausknospungen und bucklige Vorsprünge ausgefüllt. Die großen Tumoren zeigen meistens glatte Innenwände, die kleineren Tumoren dagegen buckelige Wände. In unserem Falle enthielt der Tumor $3^1/_2$ Liter Flüssigkeit. Der Sitz des Tumors ist meistens in der Vorder- oder Hinterwand des Uterus. Auffallend erscheint, daß nur selten Nichtgebärende von dem hier beschriebenen Tumor befallen werden.

In früheren Fällen fehlt meistens eine längere Beobachtungszeit, nur Robert Meyer berichtet über seinen ersten Fall, daß die Patientin noch nach 3 Jahren gesund gewesen sei. Brenner hat nach $1^1/_2$ Jahren nachuntersucht und weder Recidiv noch Metastasen vorgefunden. In unserem Falle verfügen wir über eine verhältnismäßig lange Beobachtungszeit. Die Patientin ist nach 2 Jahren und 4 Monaten noch völlig gesund und hat keinerlei Beschwerden, die etwa als Recidiv- oder Metastasenbildung aufgefaßt werden könnten.

Unsere Beobachtung spricht also aufs Neue für die Gutartigkeit des lymphocystischen Uterusfibroms.

Zusammenfassung:

Zu den bisher bekannten 15 Fällen von lymphocystischem Uterusfibrom wird eine neue einschlägige eigene Beobachtung hinzugefügt. Es handelt sich histologisch um sarkomähnliche, klinisch aber gutartige Fibrome mit ausgedehnten Lymphcystenbildungen.

Bevorzugt ist das praeklimakterische Alter. In überwiegender Zahl werden Frauen, die geboren haben, befallen.

Lebenslauf.

Karl Goerg Doerr, geboren am 5 Juli 1906 zu Ludwigshafen a. Rh. als Sohn des kaufmännischen Beamten Carl Doerr. Nach Besuch der Volks- und Oberrealschule studierte ich in Würzburg und Stuttgart das Gebiet der Chemie. Im Wintersemester 1928/29 wechselte ich das Studium und studierte von da ab an der Rupperta Carola in Heidelberg Medizin. Nach erfolgtem Staatsexamen im März 1934 war ich bei Prof. Johannes Stein an der Ludolf Krehl-Klinik in Heidelberg tätig. Im November 1935 wurde ich bei Professor Heinrich K. Kunstmann im Städtischen Krankenhaus in Pforzheim, Innere Abteilung, Assistent. Meine Approbation erhielt ich im Jahre 1935.